

Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política

Academic tutorship of the *Mais Médicos para o Brasil* (More Doctors to Brazil) Project in Santa Catarina: the ethical-political viewpoint

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima ¹
 Denis William Grippa ¹
 Elisete Navas Sanches Prospero ²
 Marco Aurélio da Ros ¹

Abstract *This study aims to identify the fundamentals that drive the academic tutorship of the Mais Médicos para o Brasil (More Doctors for Brazil) project in Santa Catarina, based on the unit of analysis entitled values achieved. It is an exploratory and comprehensive study carried out in 2015, with tutors of the State of Santa Catarina, decentralized reference professionals of the Education and Health Ministries, and key reference professionals of the Education Ministry. Focus groups were used as the instrument for collection of data, through semi-structured interview. Based on the category Emergency care as a force of innovation in the Mais Médicos Program, the analysis was conducted from an ethical-political approach. Three fundamentals emerged: 'Putting out fires', 'Qualification of the Project', and 'the procedural point of view'. It was concluded that academic tutorship of the productive activities of doctors in emergency care is not an isolated pedagogical approach, since it is a part and a consequence of the historic development of the theory and of the practice. The activity corresponds, dialectically, to movements of rupture, resistance, emancipation and also requires collective reflection about the values chosen and achieved in the acts of decision.*

Key words *Basic health care, Bioethics, Tutorship, Medical care*

Resumo *O estudo teve por objetivo identificar os fundamentos que conduzem a tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina, a partir da unidade de análise "valores realizados". Trata-se de um estudo exploratório e compreensivo realizado, em 2015, com tutores catarinenses, profissionais de referência descentralizados dos Ministérios da Educação e da Saúde e profissionais de referência técnica do Ministério da Educação. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados entrevista semiestruturada e grupo focal. Com base na categoria Provimento emergencial como força inovadora da operação cultural Programa Mais Médicos, a análise foi conduzida pelo método ético-político. Revelaram-se três fundamentos: apagar incêndios, qualificação do Projeto e perspectiva processual. Concluiu-se que a tutoria acadêmica das atividades produtivas de médicos do provimento emergencial não corresponde a um enfrentamento pedagógico isolado, pois é parte e consequência do desenvolvimento histórico da teoria e da prática. A atividade corresponde dialeticamente a movimentos de ruptura, resistência, emancipação e não prescinde da reflexão coletiva sobre os valores eleitos e realizados no agir deliberativo.*

Palavras-chave *Atenção básica, Bioética, Tutoria, Cuidados médicos*

¹ Universidade do Vale do Itajaí. R. Uruguai 402, Centro. 88302-202 Itajaí SC Brasil.

rita.lima@univali.br

² Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

A análise de possibilidades de transformação do real, em nível molecular e/ou universal, exige a interlocução atenta de dois dispositivos: a abordagem histórica do real e a indagação de suas tendências contraditórias. A partir dessa concepção, o pensamento trilha um caminho no qual uma nova questão é gerada à espera de uma resposta nova para novas análises e deliberações. Esse método humanístico de análise do real, proposto por Antonio Gramsci como “o método do ‘posto que’”¹, pode ser recuperado para colocar em pauta a iniciativa recente do Estado brasileiro em instituir o Programa Mais Médicos.

O Brasil enfrenta duas robustas questões históricas na luta pela concretização da garantia universal do direito à saúde, geradas, entre outros motivos, pela hegemonia da prática procedimento-centrada (tecnicista e produtivista) e pela atenção para o mercado²: construir uma cultura pedagógica, ética e política para a formação em saúde e desafiar a histórica desigualdade distributiva de médicos na atenção básica entre unidades federativas, bem como entre municípios prósperos e aqueles com alto índice de vulnerabilidade social. No âmbito da segunda questão, diferentemente dos ‘Brasis’ luminosos, os ‘Brasis’ opacos³ clamam historicamente por políticas e programas inclusivos suficientemente capazes de romper com a precariedade da atenção médica à qual estão expostos em seu cotidiano⁴.

Considerando que o desenvolvimento histórico da atenção básica imputou aos ‘Brasis’ opacos a impossibilidade de realizar o direito à saúde na sua integralidade⁴ e que esse fato não pode ser compreendido como uma verdade teórica em si, mas em correspondência a uma dada prática histórica, emergem questões: seria possível alguma incorporação ao desenvolvimento histórico para transformar o real e deflagrar uma nova realidade? De que modo e com quais instrumentos?

Reconhecendo esta necessidade na atenção básica brasileira, a Medida Provisória nº 621 oportunizou, em julho de 2013, o provimento emergencial para municípios brasileiros. Em outubro do mesmo ano, o Congresso Nacional aprovou e a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.871, conhecida como a Lei do Programa Mais Médicos (PMM), na qual está desenhado o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Coordenado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, esse Projeto integra: a) médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil; b) médicos brasileiros ou estrangeiros formados

no exterior e sem registro no Brasil; c) supervisor (profissional médico/supervisão contínua e permanente do médico); e d) tutor acadêmico (docente médico/orientação acadêmica)⁵. A atenção básica de Santa Catarina foi contemplada com a inserção de novos médicos e atualmente está com 374 ativos, segundo informações fornecidas via e-mail pelo Núcleo Gestor do Projeto Mais Médicos para o Brasil – Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde – Ministério da Educação.

O presente artigo objetiva compreender os fundamentos que estão conduzindo a tutoria acadêmica do PMMB no estado de Santa Catarina, a partir da unidade de análise de valores realizados nas deliberações, com base em discursos de tutores acadêmicos, profissionais de referência descentralizadas dos Ministérios da Educação e da Saúde e profissionais de referência técnica do Ministério da Educação. A análise será conduzida pelo método ético-político.

Percurso metodológico

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório e compreensivo, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, SC, em conformidade com as determinações da Resolução MS/CNS nº 466/2012. A pesquisa foi conduzida em três cenários: Itajaí (SC), Florianópolis (SC) e Brasília (DF). Trata-se de um desdobramento de pesquisa estadual em andamento, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapesc), na qual se propõe analisar o impacto social do Programa Mais Médicos neste estado.

Eleita por conveniência, uma representante da Comissão de Coordenação Estadual do Programa em Santa Catarina (CCEP/SC) informou pessoalmente o quadro de sujeitos institucionais e pedagógicos do PMMB/SC: quem eram os profissionais de referência técnica e descentralizadas dos Ministérios da Educação e da Saúde, quem eram os tutores, onde estavam lotados e qual segmento representavam. O encontro com esta pessoa aconteceu no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS), em Florianópolis, em setembro de 2015, e teve duração de uma hora. Com base nas informações, o convite foi formalizado por meio de correio eletrônico aos tutores do PMMB lotados na Universidade Federal de Santa Catarina, ao tutor do PMMB lotado na Universidade Federal Fronteira Sul, a profissionais de referência técnica da Coordenação-Geral de

Expansão e Gestão de Educação e Saúde (CGEGES) da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação, ao profissional de referência descentralizada da DDES/SC e ao profissional de referência descentralizada da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) em Santa Catarina. No convite, informou-se que a participação seria oficializada na assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi constituída por conveniência e reuniu nove participantes (todos brasileiros): três mulheres e seis homens. Um tutor não participou do estudo. Do total de sujeitos, três são médicos(as) de família e comunidade.

Os instrumentos de coleta de dados foram entrevista semiestruturada para os tutores e referências descentralizadas e grupo focal para as referências técnicas da CGEGES/DDES/SESu/MEC. A entrevista semiestruturada permitiu flexibilidade para a incorporação de novas questões. A técnica de grupo focal, ao possibilitar um encontro único com três representantes técnicos do Ministério da Educação, permitiu que os dados fossem coletados em interação dialógica, visando ao exame da compreensão coletiva do processo histórico do Programa e do balizamento pedagógico⁶.

Os instrumentos foram compostos de dois blocos. O primeiro agregou questões dirigidas para o desenvolvimento histórico da garantia de atenção médica na atenção básica, em busca de prováveis relações com políticas/programas anteriores e percepções sobre consensos, dissensos e impasses divulgados por veículos midiáticos e implicados na conquista social do provimento emergencial. O segundo bloco de questões intencionou conhecer os fluxos, as rotinas e os processos do balizamento pedagógico.

Os dados foram registrados em áudio e posteriormente transcritos.

Exploração, organização, codificação, categorização e análise

Após as transcrições, o material foi explorado cuidadosa e atentamente, a partir de várias leituras para eleger unidades de análise (variáveis). Esse momento gerou seis variáveis (Quadro 1): valores realizados, papéis de sujeitos institucionais, modelo de atenção médica para a atenção básica, monitoramento qualitativo, resolubilidade e conflitos éticos. Este artigo descreve a análise do balizamento pedagógico da tutoria a partir da variável “valores realizados”.

Em seguida, o material foi organizado no software Atlas.ti[®], em uma unidade hermenêutica nomeada Balizamento Pedagógico SC. O terceiro momento, o de codificação, correspondeu à seleção de unidades de registro (*quotes/citações*), atribuição de códigos (*codes*) para as unidades de registro selecionadas e à produção de memoriais (*memos*). A maior parte dos códigos se originou do arcabouço teórico-epistemológico do estudo, mas alguns foram gerados nas leituras exploratórias do material. Da agregação de vinte e dois códigos emergiu a categoria analítica (*family*) explorada neste artigo: *Provimento emergencial como força inovadora da operação cultural PMM*. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio de letras, acrescidas de números, para sua identificação: T para tutor, IC para integrantes da Coordenação/GEGES/DDES e RD para profissionais de referência descentralizadas dos Ministérios.

O método de análise foi do tipo ético-político, uma adaptação do método introduzido por Gramsci, do “posto que”¹, elegendo-se a dimensão reflexivo-crítica para compreender “o modo

Quadro 1. Unidades de análise e indicadores de acordo com objeto, dimensão e categoria de análise.

Objeto	Método	Categoria de análise	Unidades de análise	Indicadores
PMMB/SC	Ético-político	Provimento emergencial como força inovadora da operação cultural PMM	Valores realizados	Modalidades de valor
			Papéis de sujeitos institucionais Modelo de atenção Monitoramento Resolubilidade Conflitos éticos	Tipos de papéis Tipos de modelo de atenção Tipos de dispositivos Modalidades de dispositivo Modalidades de conflitos ético

de” transformar o real: o modo como o Estado brasileiro desafiou a escassez de médicos na atenção básica, com novas contratações em provimento emergencial, e o modo como o balizamento pedagógico vem se concretizando nas relações sociais, nos fluxos e nos processos estabelecidos pelos atores sociais (tutores, profissionais de referência descentralizadas dos Ministérios da Educação e da Saúde e profissionais de referência técnica do Ministério da Educação) (Quadro 1).

Resultados e discussão

PMMB como força inovadora da operação cultural PMM – valores realizados

A análise dos dados gerou a compreensão do PMMB como força inovadora da operação cultural oportunizada pelo Programa Mais Médicos. Os dados sinalizaram que esse provimento emergencial “é ‘vida’ [...] expõe ‘racionalidade e irracionalidade, arbítrio e necessidade’ [...] expõe ‘contradições [...] antíteses’: elementos da vida”⁷.

Ao serem questionados sobre quais valores representam a iniciativa do governo brasileiro em criar o provimento emergencial do PMM, participantes declararam que esse provimento expressa *uma bandeira que resgata a dignidade e a cidadania da população brasileira* (T1); *uma ilha num momento de crise ética* (T2); *enfrentamento a valores individualistas centrados na medicina liberal, biomédica* (T3); *decisão política a favor do Brasil profundo* (T4). No entanto, revelaram também que a aprovação do Mais Médicos pelo Estado brasileiro expressa *seguramente outros valores [...] valores econômicos de reprodução do capital [...] forma barata de garantir a força de trabalho* (T1) e que *têm coisas não ditas; me parece às vezes [...] têm coisas não claras, me parece outras* (T2).

Os relatos permitem inferir que a criação do provimento emergencial do PMM expressa valores no cerne de uma tendência contraditória expressa pelo real: o provimento legitimou um bem (acesso à atenção médica em rincões sombrios), mas, ao mesmo tempo, fortaleceu a hegemonia do capital ao baratear a força de trabalho e não se edificou com total transparência.

Essa dialética do real, encenada pelo modo de produção capitalista, no qual a ordem social legítima valores economicistas e obstaculiza a total transparência, poderia ser enfrentada na totalidade pela garantia intransigente do provimento permanente por parte do Estado. Para tanto, outras estradas ético-políticas demandariam pavi-

mentação, destacando-se a necessidade de investimento em um “projeto ético-político de país”⁸ para fins de um Estado ético-político no qual as organizações populares estivessem unificadas em Estado, a partir do deslocamento da posição de dirigidos para a condição de dirigentes, conquistando espaço na sociedade civil e organizando-se como sociedade política⁹.

Ainda que o direito à saúde seja um direito social legítimo, porque conquistado por toda a sociedade brasileira, na Constituição Cidadã¹⁰, o desenvolvimento histórico do real expressa a hegemonia cultural burguesa¹¹, dirigida por *interesses liberais, privados e corporativos* (T3) da categoria médica que, ao gerar a subsunção da garantia do direito à saúde, exige do governo brasileiro respostas sociais para questões apontadas por manifestações e reivindicações, conforme relato a seguir:

O provimento emergencial correspondeu a uma *resposta política às manifestações de junho de 2013 e a reivindicações de prefeitos* [expressadas na indagação] *cadê o médico?* (T1). Essa *resposta política* (T1) *abriu o PMM como uma estratégia de enfrentamento* (IC1) à necessidade de superação da escassez de médicos na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Configurou-se, portanto, em uma ação racional instrumental¹², executada pelo governo brasileiro, cujos fins, meios e resultados estariam a serviço de solução imediata para a crise de distribuição iníqua de produtores de atenção médica na atenção básica.

O PMM, por sua vez, pode ser compreendido como uma operação cultural de efetivação do Movimento da Reforma Sanitária, na medida em que a sua instituição pelo governo federal provocou a reintrodução do valor saúde na arena política. Entretanto, essa operação cultural também apresenta um *fermento social* (T1) dialético, pois ela vem se dando em um cenário de profunda crise macro ética, política e econômica, no qual *os direitos sociais estão ameaçados e recuados* (T1) por *um Congresso Nacional [...] medieval, que está retrocedendo* (T2) e, ao mesmo tempo, em um cenário no qual *a população está mobilizada, não vai aceitar o fim do Projeto* (T1), *não vai aceitar voltar atrás* (T3).

As condições de possibilidade para a fratura da coesão social¹³ desse *fermento* (T1) dialético parecem não estar dadas: as organizações populares não se mostram efetivamente orgânicas no contemporâneo⁹ e o SUS não efetivou política de cargos e salários para garantir provimento permanente de médicos e não tem financiamento digno. De acordo com as Estatísticas de Saúde

Mundial de 2013 da Organização Mundial de Saúde (OMS), o total de “gastos” públicos com saúde no Brasil perfaz 9% do produto interno bruto (PIB). Esse percentual não está muito distante do garantido por países desenvolvidos – segundo a OMS, os serviços de saúde representaram 9,4% do PIB mundial em 2009. No entanto, no caso brasileiro, dos 9% de “gastos” com saúde do PIB de duzentos milhões de brasileiros, 47% foram gastos públicos e 53% foram gastos privados. Desse total de custeio privado, quase 60% foram gastos diretos dos bolsos das famílias e mais de 40% foram referentes a planos¹⁴.

Isso significa que o Brasil ainda não materializou um provimento permanente de médicos na atenção básica porque a saúde não é “um fim, um bem vital”¹⁵ ou “um valor intrínseco”¹⁵, mas sim “gastos” do PIB hegemônicos pelo mercado. Aproximando o método de análise do real de Antonio Gramsci dessa situação – de o SUS garantido não expressar a realização do direito à saúde do SUS conquistado –, parece ser necessário ao Brasil, para fins de política de longo prazo (provimento permanente), disposição para retomar o ponto de partida: as conquistas da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁶, para produzir consciência histórica: “recolocando-se tranquilamente para a obra, recomeçando [o SUS] do início”¹⁷.

Outra questão importante a ser pontuada é que, embora a operação cultural Mais Médicos tenha assumido as características de *um projeto* [...] *que inclui acesso ao SUS* (T2) – *a presidenta foi enfática: é um Programa intocável* (T4) –, as condições de possibilidades são muito diferentes daquelas que haviam sido dadas na década de deflagração do Movimento de Reforma Sanitária (1970), quando o Brasil tinha *um projeto coletivo de sociedade* (T1), manifestado na luta coletiva pela redemocratização e pela criação do SUS para todos.

Recuperando o que já houve na história, em uma periodização a partir dos anos de 1960, foi manifestado o reconhecimento de distintas ações em prol de *um projeto coletivo de sociedade* (T1) nas condições dadas. No momento histórico 1960-1970, as organizações populares travaram uma luta contra o Estado de exceção ditatorial; na década de 1980, investiram na conquista do Estado democrático de direito; nos anos 1990, opuseram-se aos instrumentos de ação do Estado mínimo⁸. Em 2013, elas foram às ruas para interferir nas decisões do Estado sobre questões vitais que afetam a vida no dia a dia das cidades¹⁸, enquanto prefeitos se dirigiram a Brasília para perguntar *cadê o médico?* (T1).

Ao serem questionados sobre quais valores realizam nos processos decisórios do balizamento pedagógico da tutoria, dois participantes demonstraram dificuldade para compreender o enunciado da questão: *Você poderia me explicar melhor a pergunta?* (T3); *Que valores? Isso é pergunta da ética, provavelmente* (T1). À primeira vista, esta limitação factual poderia estar representando um vazio reflexivo sobre que valores são realizados nas deliberações da tutoria, já que nenhum participante havia questionado quando perguntados sobre que valores foram encenados pelo Estado brasileiro quando da realização do PMM, conforme demonstrado acima. Não somente isto. A interrogação *Valores?* (T1), seguida de *Isso é pergunta da ética, provavelmente* (T1), pode estar produzindo uma trajetória periférica de exclusão¹³ da dimensão ética do balizamento pedagógico.

Nesta linha compreensiva, se a função pedagógica dos tutores é deliberar para “elevar a grande massa [médicos lotados em Santa Catarina pelo provimento emergencial] a um determinado nível cultural” [atenção médica em contexto brasileiro]¹¹, o reconhecimento de que todo ato decisório é precedido de valores eleitos e realizados pelo sujeito da ação é a primeira etapa do exercício ético¹⁹. Max Weber também destaca a importância de ação racional orientada por valor, tão cara à produção de sujeitos sociais, ao referir que o objeto desta ação não é o seu produto ou fim, mas os valores que são escolhidos e realizados no agir¹².

No entanto, percebeu-se que os questionamentos emergiram da dificuldade de compreensão sobre o que seria “realização de valores” em deliberações, expressão tão cara ao domínio da ética aplicada, mas neste estudo demonstrada como não universal no campo da saúde coletiva.

Após a reformulação da pergunta para os dois participantes, substituindo-se realização por uso de (valores), apreendeu-se os seguintes valores: *acesso universal, equidade* (T1, T2, T3, T4, RD2); *atenção básica ampliada, integralidade, educação, formação política, capacidade diagnóstica forte, democratização de bens públicos* (T3); *atenção básica seletiva* (T2); *justiça social* (T2, T4); *direito à saúde* (T4); *cidadania, dignidade* (T1); *cooperação, ética da vida* (RD1) e *humanização* (RD2).

O desdobramento de um desses valores – por exemplo, a integralidade – reforça a importância do compartilhamento da dimensão ética do processo pedagógico: para um tutor, *o braço do provimento não garante integralidade, ele é nitidamente médico-centrado, doença-centrada* (T2); para outro, *a integralidade é um valor do Progra-*

ma, entendendo que o médico é fundamental na equipe básica de saúde (T3). A divergência desses relatos não manifesta uma incompreensão do que vem a ser integralidade, mas um modo diferente de a compreender na imagem-objetivo do provimento. Esse fato fortalece a importância de os tutores reconhecerem os valores que priorizam no balizamento e de discuti-los, visando à qualificação da tutoria.

Ao serem perguntados se o valor solidariedade está na base do provimento, um participante mencionou esse valor como utopia, na medida em que *eu não consigo ver nenhuma junção ética entre o neoliberalismo e solidariedade, e nós vivemos num país neoliberal* (T2). É possível inferir que o tutor está se referindo à impossibilidade de se estabelecerem relações solidárias no domínio da liberdade²⁰ num contexto de coisificação humana e coisificação das relações sociais²¹, no qual adaptar-se às condições dadas e aos descaminhos e irracionalidades impostos pela tal ordem neoliberal são escolhas sedutoras²².

No entanto, participantes evidenciaram a solidariedade como base da formação médica cubana: *o povo cubano tem formação humanitária maior que a do povo brasileiro* (T3); *convive desde o nascimento com a palavra solidariedade [...] tá impregnada no modo como vivem* (T2); *tem a ver com o humanismo deles* (T4). Importante destacar que grande parte dos médicos lotados na atenção básica de Santa Catarina se inseriu no PMMB por meio do acordo de cooperação mediado pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e estabelecido entre Brasil e Cuba²³.

Bernardino Fantini, diretor do *Institut Universitaire D'histoire de la Médecine et de la Santé Publique*, da Universidade de Genebra, citado por Berlinguer²⁴, acentua que saúde e doenças “são experiências fundamentalmente individuais, mas, tendo as raízes na coletividade, requerem solidariedade e, por isto, são, por definição, sociais”. Com base nessa compreensão, é possível reconhecer, no relato, que a solidariedade é um valor histórico da produção social de saúde cubana.

Nesse sentido, as trocas culturais estabelecidas no processo de trabalho entre médicos cubanos do provimento e demais médicos e produtores de saúde da atenção básica poderiam atuar como um dispositivo de qualificação do Projeto, impulsionando, por exemplo, uma epistemologia não “monolítica”, mas solidária, criadora de um *corpus* teórico (consciência histórica/conceito ampliado de saúde) e prático (congruência entre valores coletivos e deliberações para resultados possíveis e efetivos)²⁴.

Balizamento pedagógico: fundamentos

O balizamento pedagógico do PMMB corresponde a *uma tentativa estratégica de qualificação do trabalho do médico que tá no território* (IC1). Desenvolve-se por meio de dois eixos: *tutoria acadêmica e supervisão de médicos* (IC1) vinculados ao Projeto. Em sua fase inicial, desencadeada a partir do final de 2013 (T1), o balizamento da tutoria acadêmica teve, como primeiro fundamento, *um apagar incêndios* (T1), no sentido de gerar soluções para os problemas imediatos que estavam postos pela falta de atenção médica na atenção básica, em rincões brasileiros sombrios⁴. Na fase atual, entendida como *de transição* (T1, T2), o balizamento se volta para um segundo fundamento: a *qualificação do Projeto* (IC1).

Na perspectiva da Bioética Cotidiana, referencial de ética aplicada criado por Giovanni Berlinguer, é possível perceber o *apagar incêndios* como enfrentamento à “realidade imediata”, aquela que exige “síntese criativa”, pois é constituída de “eventos cotidianos e por urgências frequentemente dramáticas”, como diz Fantini, citado por Berlinguer²⁴. Na mesma medida, a visão pedagógico-política gramsciana auxilia a compreensão de que a necessidade inicial de *apagar incêndios* pode corresponder a um movimento dialético gerado pela “consciência teórica de fins imediatos”²⁴ que o real contraditoriamente exprime.

E, ainda, assumindo saúde e doença como socialmente determinadas, expressões de um processo particular do processo geral da vida social²⁵, focando para o débito histórico de necessidades acumuladas em ‘Brasis’ desassistidos de atenção médica, é provável que o *apagar incêndios* inicial corresponda à primeira etapa de um planejamento compreendido, segundo Mario Testa, citado por Giovanella²⁶, como “prática histórica” para produção de saúde e continência de doença individual e coletiva.

Interconectados ao segundo fundamento, a *qualificação do Projeto* (IC1), relatos expressaram um terceiro fundamento: a necessidade de compreensão do balizamento pedagógico como *processo* (T1), de modo que as relações, deliberações e fluxos componham uma “plataforma em movimento”²⁷, construam um processo que vai se constituindo, da mesma maneira que uma pessoa ou um grupo de pessoas são “seres, sendo”²⁸, em determinado contexto, com os meios que dispõem em determinada organização social. Esse terceiro fundamento explica que as soluções para as dificuldades são criadas em processo. Por exemplo, alguns depoimentos expressaram que

papéis e competências são absorvidos no próprio desenvolvimento. Perguntados sobre o mapa de distribuição de supervisores e médicos em Santa Catarina e como a tutoria está constituída e organizada no Estado, tutores introduzidos no Projeto mais recentemente sugeriram consultar os mais antigos: *talvez o tutor que melhor possa trazer essas informações é [...] que tá no processo há mais tempo* (T2). A argumentação se centrou no fato de que esse tutor entrou para o Projeto em um momento que exigia investimento no primeiro fundamento – *apagar incêndios* (T1) – e por essa razão não tinha ainda conseguido se apropriar da estrutura programática que acompanha planos e planejamentos.

Questionados sobre a relação em números absolutos tutor/supervisores e sobre o conteúdo por eles trabalhado com supervisores, tutores revelaram que cada um deles está responsável por aproximadamente dez supervisores e que há uma polarização entre priorização da racionalidade instrumental e da racionalidade orientada por valor: *eu tava pensando em fazer um tipo de esqueleto para sistematizar a visita [...] um check list [...] fui imediatamente criticado [...] ouvi: você mata a criatividade do supervisor* (T2).

Essa questão também expõe uma tendência contraditória do real: se o processo de tutoria acadêmica primar pela sustentação do conceito ampliado de saúde, conquistado na VIII CNS, como imagem-objetivo, não há lugar para esse *check list*, pois saúde ampliada não se reduz à atividade clínica, oferta de serviços médicos, atendimento a doenças prevalentes e tratamentos pontuais. Esse conceito define saúde como resultante dos modos de organização social de produção¹⁶; logo, as relações entre supervisores e médicos e a análise das forças produtivas é que estariam gerando “o modo de” fazer tutoria: o que contemplar, o como e o para que estariam na dependência do contexto dos casos reportados por supervisores.

No entanto, indagações se apresentam: os supervisores estão preparados para trabalhar o conceito ampliado de saúde no processo de supervisão dos médicos inseridos na atenção básica pelo Projeto? Eles foram formados para executar o conceito ampliado de saúde? Na ausência desse preparo, um *check list* com algumas priorizações não seria bem-vindo? Ou seria reducionista? E os tutores? Sem assumir a dimensão ética como primeira disposição para deliberações prudentes, estarão dispostos a qualificar o Projeto a partir de investimento em uma unidade ético-político-pedagógica minimamente homogênea sobre o que

significa *organizar supervisores no território [...] mapear os aspectos formativos do território* (T3)?

Tais indagações remetem novamente a Giovanni Berlinguer²⁹, para quem o respeito à pluralidade de ideologias, motivações e valores realizados no exercício ético é um direito, mas, continua, uma construção coletiva exige dos arquitetos um desenho comum, em que éticas e deliberações individuais sejam abraçadas pela exigência de uma finalidade comum, ainda que, para tanto, seja necessário pactuar concessões e renúncias individuais e enfrentar conflitos éticos.

Desse modo, a qualidade do processo de balizamento não estará na resolução do impasse *check list* e criatividade, tampouco no quantitativo de encontros: [...] *nós temos quinzenalmente uma reunião de tutores [...] o tutor tenta estar nas reuniões trimestrais loco regionais de supervisor e médicos supervisionados* (T4), mas, (outra vez) na vontade coletiva¹¹ de qualificar “o modo de”: o processo de balizamento, na perspectiva ético-política. Dito de outro modo, a qualificação do Projeto estaria na capacidade de o grupo de tutoria produzir um *ethos* para o balizamento pedagógico, uma identidade, em prol da construção coletiva²⁹.

Em entrevista realizada por alunos do Liceu de Roma com Giovanni Berlinguer, intitulada *Etica ed Esperienza*, um grupo de estudantes perguntou se seria possível pensar uma ética universal, no modo de produção capitalista. Ele argumentou que as escolhas e deliberações éticas emergem dos contextos em que se inserem e que esses vão desenhando a transformação ética, que pensar o exercício ético fora do espaço da experiência é ilusório. Ele disse aos estudantes que é possível, não uma ética universal, mas “um tecido ético universal, com tramas e coloridos diversos”³⁰. Na verdade, ele reforçou na entrevista seu olhar pessimista na análise e otimista na ação, da mesma maneira que Gramsci compartilhou, em uma carta escrita no Cárcere a Carlo, seu irmão, em 1929:

[...] *o homem tem em si mesmo a fonte de suas forças morais [...] tudo depende dele, da sua energia, da sua vontade, da coerência consistente dos fins que se propõe, e dos meios explicativos para alcançá-los – não desesperar [...] e não cair [...] naquele estado de ânimo vulgar e banal conhecido em dois sentimentos: pessimismo e otimismo. O meu estado de ânimo sintetiza esses dois sentimentos e os supera: sou pessimista na inteligência e otimista na vontade* (expressão do escritor Romain Rolland assumida por Gramsci como mote)³¹.

Considerações finais

A pesquisa identificou três fundamentos, constitutivos da tutoria acadêmica do provimento emergencial de médicos na atenção básica, em Santa Catarina, a partir da variável realização de valores: a) consciência da necessidade imediata do real de *apagar incêndios*; b) necessidade de qualificação do Projeto Mais Médicos para o Brasil; c) a compreensão do balizamento como processo – *a prática é o critério de verdade* (T4).

Concluiu-se que o processo de orientação acadêmica das atividades produtivas de médicos do provimento emergencial não corresponde a um enfrentamento pedagógico isolado, pois é parte e consequência do desenvolvimento histórico da teoria e da prática. Nesse sentido, a atividade de tutoria corresponde dialeticamente a movimentos de ruptura, resistência, emancipação e não prescinde da reflexão sobre os valores coletivos realizados no agir deliberativo. Não prescinde de uma identidade coletiva do grupo, de um *ethos*.

Colaboradores

RCGS Lima trabalhou na concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. DW Gripa realizou a coleta e transcrição dos dados. ENS Prospero contribuiu com a redação final do artigo. MA da Ros contribuiu com a redação final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento oportunizado para a realização da pesquisa.

Referências

1. Manacorda MA. *Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica*. Roma: Riuniti; 2012.
2. Lima RCGS, Verdi MIM. Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética. *Saude Soc* 2015; 24(3):1021-1032.
3. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record; 2001.
4. Lima RCGS, Garcia Júnior CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos de Santa Catarina: breve relatos de experiências iniciais. *Tempus, Acta Saude Colet* 2015; 9(4):67-80.
5. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
6. Fiuz AR, Barros NF. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2345-2346.
7. Gramsci A. *Quaderni del carcere*. Volume primo, quaderni 1-5. Edizione critica dell'Istituto Gramsci. A cura di Valentino Gerratana. Turim: Giulio Einaudi; 1977.
8. Semeraro G. A "utopia" do Estado ético em Gramsci e nos movimentos populares. *Educ Publ* 2011; 20(44):465-480.
9. Semeraro G. Da libertação à hegemonia: Freire e Gramsci no processo de democratização do Brasil. *Rev Sociol Polit* 2007; (29):95-104.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
11. Gramsci A. *Quaderni del carcere*. 3ª ed. Torino: Einaudi; 2007.
12. Cardoso LA. O conceito de racionalização no pensamento social de Max Weber: entre a ambiguidade e a dualidade. *Teoria e Sociedade* 2008; 16(1):256-275.
13. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley LEW, Belfiore-Wanderley M, organizadores. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ; 2008. p.21-54.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – 2013. [acessado 2016 mar 05]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/financiamento-da-saude-publica/arquivos/21-05-13-ju-randi-frutuoso>.
15. Berlinguer G. *Storia della Salute: da privilegio a diritto*. Firenze: Giunti; 2011.
16. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986. [acessado 2016 fev 22]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio>.
17. Gramsci A. *Come va il tuo cervellino?* Roma: L'orma; 2012.
18. Escorel S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1938-1940.
19. Cortina A. *O fazer ético: guia para a educação moral*. São Paulo: Moderna; 2003.
20. Lima RCGS, Verdi MIM. A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(29):271-283.
21. Berlinguer G. Le bioetiche: regole e culture. In: Berlinguer G, Callari Galli M, Lecallano E, Oliviero A, Rodotà S, Viano CA, organizadores. *Lezioni di bioetica*. Roma: Ediesse; 1997. p. 15-40.
22. Berlinguer G. *Etica della salute*. Milano: Saggiatore; 1997.
23. Brasil. Nota da Opas/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos – 2013. [acessado 2016 mar 05]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827.
24. Berlinguer G. *Storia della salute*. Firenze: Giunti Editore; 2011.
25. Guimarães C, Junia R. Determinantes sociais da saúde: entrevista com Jaime Breilh. 11-2011. [acessado 2015 set 11]. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1664&idSubCategoria=38>
26. Giovannella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad Saude Publica* 1990; 6(2):129-153.
27. Goulart FAA. A saúde coletiva entre o super-homem e São Francisco de Assis. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):231-250.
28. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):219-230.
29. Berlinguer G. *Bioética quotidiana*. Firenze: Giunti; 2000.
30. Berlinguer G. Etica ed esperienza. *Enciclopedia Multimedia delle Scienze Filosofiche* 2010. [acessado 2015 set 02]. Disponível em: <http://www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=800>.
31. Spriano P. *Antonio Gramsci, Lettere del carcere*. Torino: Einaudi; 2014.

Artigo apresentado em 04/03/2016

Aprovado em 08/06/2016

Versão final apresentada em 10/06/2016